

FACULTÉ DE MÉDECINE 1^È PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N^o

866

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Denise ONFRAY

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 31 Août 1911, à PONT-AUDEMER (Eure)

**Contribution à l'étude
de la création d'un vagin
par greffes cutanées libres**

Travail de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca
Service du Professeur P. Mocquot

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE 1^E PARIS

ANNEE 1937

THÈSE

N° _____
—

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Denise ONFRAY

Externe des Hôpitaux de Paris

Née le 31 Août 1911, à PONT-AUDEMER (Eure)

**Contribution à l'étude
de la création d'un vagin
par greffes cutanées libres**

Travail de la clinique gynécologique de l'hôpital Broca
Service du Professeur P. Mocquot

Président : M. MOCQUOT, Professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

I. — Professeurs

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

Clinique médicale

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

Clinique chirurgicale

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

Clinique d'accouchements

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie

Professeurs sans chaire

MM.
 ROUVIERE.
 Léon BINET.
 STROHL.
 POLONOVSKI.
 Robert DEBRE.
 BRUMPT.
 BAUDOUIN.
 ABRAMI.
 CHEVASSU.
 ROUSSY.
 CHAMPY.
 TIFFENEAU.
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD.
 LAIGNEL.

LAVASTINE.

FIESSINGER.
 CHIRAY.
 LOEPER.
 CARNOT.
 Marcel LABBE.
 CLERC.
 LEREBoullet.
 NOBECOURT.
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT.
 GUILLAIN.
 LEMIERRE.
 CUNEO.
 GOSSET.
 GREGOIRE.
 LENORMANT.
 TERRIEN.
 MARION.
 LEVY-SOLAL.
 COUVELAIRE.
 JEANNIN.
 MOCQUOT.
 OMBREDANNE.
 RATHERY.
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL.
 VILLAR.
 BEZANÇON.
 MATHIEU.
 LAUBRY.

HOVELACQUE.
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.
 AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Henri. Pathologie médicale.
 BERNARD Et. Pathologie médicale.
 BESANÇON (J.). Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 FEY Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FUNCK Urologie.
 BRENTANO
 GASTINEL Pathologie chirurgicale.
 GAILLARD Parasitologie.
 CHEVALLIER. Bactériologie.

MM.
 DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LELONG Pathologie médicale.

MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (M ^{lle} J.) ..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI ..	Neurologie et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) ..	Ophthalmologie.
RICHEL	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS ..	Pathologie chirurgicale.
LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-	
LEMAIRE	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL ...	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULE	
CHARROL	
DONZELOT ...	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR	
VALLERY-	
RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER .	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ ...	
VELTER	
ECALLE	} Clinique obstétricale
LE LORIER ...	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLET-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT

*Professeur de clinique gynécologique
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de Chirurgie*

Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse.

Avec l'expression de mon respectueux attachement et de ma reconnaissance pour le bienveillant appui qu'il n'a cessé de m'accorder.

A MONSIEUR LE DOCTEUR L. PELLISSIER

*Ancien Chef de clinique à la Faculté
Médecin Chef de la Cité Universitaire*

En témoignage de ma profonde gratitude et de mon affectueux attachement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR R. PALMER

*Chef de Travaux à la Clinique Gynécologique
de l'Hôpital Broca*

Qui m'a guidée dans l'exécution de ce travail.

Avec mes sentiments de très vive et très sincère reconnaissance.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Stages :

MONSIEUR LE PROFESSEUR GOSSET.
MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SCHWARTZ.
MONSIEUR LE DOCTEUR LOUIS RAMOND.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHARLES RICHET.

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. VIGNES.
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ETIENNE BERNARD
MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND BEZANÇON.
MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE.
MONSIEUR LE DOCTEUR LESNE.
MONSIEUR LE DOCTEUR PAISSEAU.
MONSIEUR LE PROFESSEUR MOCQUOT.

A MESSIEURS LES DOCTEURS ROBERT CLEMENT
MAURICE LAMY, CLÉMENT LAUNAY

Médecins des Hôpitaux

AU DOCTEUR GUILLOT

Chef de Clinique à la Faculté

AU DOCTEUR R. MORICARD

*Chef de Laboratoire de la Clinique gynécologique
de l'Hôpital Broca*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA CRÉATION D'UN VAGIN PAR GREFFES CUTANÉES LIBRES

INTRODUCTION

Parmi les multiples procédés de création d'un vagin, dans les cas d'absence congénitale de cet organe, nous n'étudierons que ceux qui utilisent les greffes cutanées libres.

On sait l'insuffisance habituelle des procédés auto-plastiques à lambeaux. D'autre part les procédés employant le rectum (SCHUBERT) ou l'intestin grêle (BALDWIN-MORI) comportent encore des risques suffisants pour rendre leur emploi discutable dans une affection telle que l'absence congénitale de vagin : la confection d'un vagin doit être une opération bénigne.

Aussi M. le Professeur Mocquot pense-t-il que c'est aux procédés de greffes cutanées libres qu'il faut donner la préférence.

Il a bien voulu nous confier deux observations personnelles. Il nous a guidée de ses conseils, nous réservant toujours l'accueil le plus bienveillant. Qu'il veuille bien accepter ici l'hommage de notre très sincère et très profonde reconnaissance.

Nous étudierons successivement :

— les procédés utilisant les greffes dermo-épidermiques d'OLLIER-THIERSCH : procédé de FORGUE, repris et modifié par KIRSCHNER et WAGNER;

— les procédés utilisant les greffes de peau totale : procédé de BURIAN;

— le procédé utilisant les greffes de peau subtotales, procédé du Pr. Mocquot, et nous en rapporterons deux cas opérés par le Pr. Mocquot dans son Service de Clinique gynécologique à l'hôpital Broca.

I. - PROCEDES UTILISANT LES GREFFES DERMO-EPIDERMiques D'OLLIER-THIERSCH

C'est FORGUE qui le premier, en 1898, eut l'idée d'employer les greffes d'OLLIER-THIERSCH pour la création d'un vagin dans les cas d'absence congénitale et fit faire à ce moment la thèse de ARÈNE (Montpellier, 1901).

Robert ABBE en Amérique employait en même temps cette méthode, qui consiste à tapisser toute la surface décollée entre vessie et rectum avec des greffes épidermiques.

Voici les principes de technique tels que le Pr. E. FORGUE les a décrits en 1934 : « Un premier temps est banal : par une incision transversale périnéale, pré-anale, on a créé, par clivage vésico-rectal, un trajet de dimensions hypernormales, destiné à admettre le pénis. Il s'agit — et toute la question technique est là — d'assurer sa permanence de calibre et de longueur, c'est-à-dire d'empêcher sa coalescence par bourgeonnement et accolement progressif de sa paroi : donc de recouvrir totalement la cavité par un revêtement inapte à cette adhésion cicatricielle. Un fait est capital : toute surface bourgeonnante est

une amorce à la fusion et à l'effacement cavitaire ».

On taille alors à la main de larges lanières dermo-épidermiques qu'il faut bien ajuster et imbriquer « en tuiles » par leurs bords.

« Il est logique que pour présenter convenablement les lanières, face dermique en dehors, pour les disposer et les juxtaposer en une lame continue sans interstices, pour les appliquer et les maintenir dans le trajet artificiel creusé, il faut les étaler côte à côte sur un support, sur un moule poussé dans ce tunnel et fixé à pression douce et suffisante, à fond dans sa cavité. La solution pratique qui se présente à l'esprit, c'est de les déployer très régulièrement en couche uniforme, face avivée extérieurement, sur un tuteur lisse en forme de phallus : ainsi la surface fertile des greffons est appuyée exactement contre les parois du trajet et tenue fixe en place pendant les huit à dix jours nécessaires à leur prise et à leur vitalisation ».

Comme tuteur, FORGUE s'est servi d'un doigt de gant en caoutchouc stérile, bourré de gaze aseptique en lanières, et fermé par un fil de soie noué, dont les deux chefs sont de longueur suffisante. Il est facile après avoir sectionné le nœud de détamponner doucement et progressivement en extrayant lentement la gaze chiffonnée.

Bien entendu une condition indispensable à la conservation du résultat, est la dilatation régulière du canal néo-formé.

Dans un cas opéré par le Pr. FORGUE en 1901, le

résultat, 6 mois après l'intervention était satisfaisant. Le nouveau vagin avait une profondeur de 9 cm. Il était extensible, ses parois lisses et souples.

Ce procédé des greffes dermo-épidermiques, pendant longtemps peu utilisé, a été repris par KIRSCHNER et WAGNER en 1930.

Ces auteurs ont d'abord employé des greffes multiples montées sur un gros moule en caoutchouc.

Puis ils ont pensé qu'un lambeau unique, assez long constituerait un revêtement continu supprimant ainsi les risques de rétraction et de bourgeonnement.

Ils ont donc prélevé à la face interne de la cuisse un grand lambeau de 34 cm. de long sur 8 cm. de large. Ils ont utilisé pour cela un rabot assez semblable à un rabot de menuisier.

La greffe est appliquée face cruentée en dehors sur un moule poreux fait d'une éponge en caoutchouc et taillé à la forme et aux dimensions appropriées. Le lambeau est maintenu sur le tuteur par des points séparés au catgut.

Introduit dans le décollement vésico-rectal, l'appareil de prothèse est retiré au bout de 8 jours, nettoyé, puis remis en place 4 jours avant d'être définitivement supprimé.

Bien entendu ce vagin doit être dilaté régulièrement.

Dans ces conditions, les auteurs ont obtenu dans un cas un vagin qui, 8 mois après l'intervention,

avait une profondeur de 8 cm. et admettait deux doigts.

A l'examen, le revêtement cutané du nouveau vagin trahissait encore son origine par une coloration légèrement brunâtre, mais il était lisse, humide, sans donner lieu toutefois à aucune sécrétion.

Cette méthode a été par la suite employée par de nombreux auteurs.

MILANDER a obtenu par ce procédé un vagin long de 10 cm. L'entrée du vagin admet facilement deux doigts. Le nouveau vagin est partout recouvert d'un épithélium blanchâtre.

GLATZEL (de Cracovie) a eu l'occasion d'employer cette technique deux fois : une fois chez une femme mariée et une autre fois chez une célibataire. Dans les deux cas un rétrécissement du canal néo-formé s'est produit.

Chez la femme célibataire qui n'avait pas de rapports sexuels, ce rétrécissement a gagné tout le canal; chez la femme mariée la partie inférieure a gardé son calibre grâce aux rapports.

Les auteurs attribuent cet échec au fait que leurs deux clientes n'ont pas pratiqué les dilatations bi-quotidiennes qu'ils avaient conseillé de faire.

Dans les deux cas l'épiderme indispensable avait été pris sur la face interne d'une des cuisses en y laissant une vaste tache brun violacé.

Plusieurs cas de formation d'un vagin artificiel par la méthode de KIRSCHNER-WAGNER ont encore été rapportés par BARROWS, FRAENKEL, HELLER, KRAUL,

NIELSEN, ZIRALSKI. Les résultats sont bons à condition que le vagin ainsi formé soit régulièrement dilaté.

Le point original de cette méthode est l'utilisation d'un lambeau d'une seule pièce. Mais un tel greffon est difficile à obtenir. Du fait même de son étendue son épaisseur sera fatalement inégale : aussi bien tendue que soit la surface cutanée de la cuisse elle ne peut être rigoureusement plate sur une largeur de 8 cm. et l'épaisseur du greffon sera plus grande au centre que sur les bords.

Aussi R. MONOD et ISELIN donnent-ils encore la préférence aux greffes d'OLLIER-THIERSCH séparées. Dans le cas de colpoplastie rapporté par eux à l'Académie de Chirurgie (24 juin 1936), les greffes, 4 lanières de 10 cm. de long sur 6 cm. de large, furent prélevées à la face interne des cuisses et montées sur un tuteur rigide en pâte Colombia perforée de trous, afin d'empêcher la macération des greffons.

Le mandrin fut retiré le troisième jour puis remis en place. Mais la malade ne pouvant le tolérer l'enleva. Cependant, les trois-quarts des greffes prirent et, après calibrage, le résultat au bout de six mois était satisfaisant.

D'autres auteurs (BONAFOS et BOURREL) ont employé comme mandrin un bout de liège ayant la forme et les dimensions d'une grosse bougie de Hégar, creusé sur toute sa longueur. Cette disposition permet une meilleure aération des greffons et facilite le drainage vaginal.

Le mandrin fut enlevé le 15^e jour, la presque totalité des greffes avait pris.

Dans l'ensemble, il semble bien que les chirurgiens aient donné la préférence, pour la création d'un vagin, aux greffes par lambeaux séparés. Ils se sont attachés à réaliser un tuteur à la fois suffisamment solide et élastique pour maintenir les greffes en place, et suffisamment ajouré pour permettre l'écoulement des sécrétions et éviter la macération des greffons.

Signalons que les greffes d'OLLIER-THIERSCH ont été employées associées à d'autres méthodes.

GERSUNY en 1904 avait réalisé un vagin artificiel en associant aux greffes de THIERSCH un lambeau de muqueuse rectale.

Tout récemment ROUHIER a repris le procédé de Pozzi. Il a complété le revêtement du vagin ainsi formé par des prépuces d'enfants circoncis le même jour.

II. - PROCEDES UTILISANT LES GREFFES DE PEAU TOTALE

Le Professeur BURIAN, de Prague, eut l'occasion, dans ces dernières années, d'opérer trois cas d'aplasie complète du vagin.

Dans les trois cas, il a employé une greffe de peau totale (skin-inlay). Il désirait obtenir ainsi une cavité tapissée par une peau plus épaisse et plus résistante que celle des greffes épithéliales.

OBSERVATION 1

Femme âgée de 45 ans. Dans la vulve, il y a une excavation profonde de deux centimètres au lieu du vagin. Par le toucher rectal on trouve une nodosité dans la cavité de Douglas. Pas une trace des annexes. Le type de la malade est franchement féminin.

Opération le 22 mai 1928.

La greffe fut prélevée sur la face antéro-interne de la cuisse droite et moulée sur une bougie métallique de Hégart n° 25. Une grande partie de la bougie sortait entre les cuisses. De ce fait, la prothèse était expo-

sée à des traumatismes qui se transmettaient à la greffe.

Aussi la prise de la greffe n'est pas complète. Une partie longue de 2 cm. se détache dans la partie antérieure, près de l'urètre et est éliminée. Cette partie guérit par granulation. Néanmoins le résultat est satisfaisant. Le vagin est long de dix centimètres; deux doigts peuvent y être facilement introduits.

OBSERVATION 2

Femme de 25 ans présentant une absence complète du vagin. Type franchement féminin.

Opération le 17 avril 1931.

Comme mandrin on emploie un condom en caoutchouc rempli d'eau. Cette prothèse a comme inconvénient une mobilité trop grande. Quelques points, qui fermaient la plaie, ayant cédé, la prothèse est expulsée précocement le sixième jour après l'opération.

Une partie de la greffe, du côté droit, est éliminée. Un rétrécissement se forme à cet endroit et nécessite une nouvelle intervention qui est pratiquée le 16 septembre 1931 : incision et mise en place d'une greffe ovale.

Le résultat définitif est un canal long de 10 cm. dans lequel on peut introduire deux doigts.

OBSERVATION 3

Jeune fille de 22 ans. Type franchement féminin.

Dans la vulve on trouve quelques papules muqueuses il n'y a pas de vagin.

Par le toucher rectal, on ne sent pas l'utérus. Il y a en haut un pli étroit transversal, à l'extrémité gauche duquel on perçoit une nodosité de la taille d'une noisette.

Opération le 6 avril 1932.

Le mandrin employé est un cylindre en caoutchouc crêpé recouvert d'un condom en caoutchouc fin pour lui donner une surface lisse.

La prothèse est enlevée le dixième jour. Toute la greffe a pris. Il n'y a qu'une déhiscence d'un centimètre dans l'angle supérieur gauche qui guérit rapidement.

Deux mois après l'opération une bougie de 30 millimètres de diamètre peut être introduite tout à fait librement à une profondeur de 12 centimètres. La paroi est lisse, humide, de couleur rose pâle. On peut constater une sécrétion sébacée.

Après avoir opéré ces trois cas, le Professeur BURIAN a eu la conviction que la technique suivie dans le troisième cas était appelée à fournir les meilleurs résultats.

En voici la description détaillée : La prothèse doit être d'autant plus longue que le rudiment de vagin est plus court. Pour une absence complète du vagin elle doit avoir les dimensions suivantes : longueur, 13 centimètres; diamètre frontal, 5 centimètres; diamètre sagittal, 4 centimètres.

On découpe un cylindre de ces dimensions dans un bloc de caoutchouc crêpé. Les deux bouts sont arrondis. Le cylindre est revêtu d'un condom en caoutchouc fin. Les deux parties sont stérilisées à l'autoclave.

Sur la face antéro-interne de la cuisse on trace le contour de la greffe qui doit être longue de 26 centimètres, large de 8 centimètres.

Sous anesthésie générale, on fait une incision dans la vulve, à mi-chemin entre le méat urétral et l'anus.

On pénètre dans l'espace inter-vésico-rectal. En refoulant avec précaution ces organes, on atteint le péritoine du Douglas qui est refoulé en haut. On forme sans peine une cavité assez spacieuse pour recevoir la greffe. Cette cavité est tamponnée avec une compresse imbibée de sérum chaud.

On prélève ensuite la greffe. On découpe la partie marquée de la peau en prenant soin de ne laisser aucune graisse adhérente à la face profonde. Il faut manier la greffe avec soin, à l'aide d'une compresse imbibée de sérum. A mesure que la libération de la greffe progresse, la partie libre est pliée de manière que la face vive ne soit touchée ni par les doigts, ni par la compresse. « De cette manière sera conservée l'exsudation séreuse qui se forme à la face vive et qui est

si précieuse pour la conglutination primitive de la greffe ».

L'attache inférieure de la greffe est conservée pour faciliter la suture de ses bords et son montage sur le porte-greffe.

A ce moment la greffe est pliée sur elle-même, la face épithéliale regardant en dehors. On suture les bords juxtaposés des deux côtés au moyen de points séparés au catgut.

On obtient ainsi un sac de peau qui sera très facilement retourné en enfonçant le mandrin. A la fin la greffe est moulée au mandrin, la face vive en dehors.

A ce moment seulement l'attache inférieure de la greffe sera coupée et le tout sera enfoncé dans la cavité dont on a retiré la compresse.

Les bords de la plaie périnéale sont suturés par des points séparés au crin de Florence. Des deux côtés les points prennent largement la muqueuse, la musculature, le bord inférieur de la greffe et un segment du mandrin. Une autre série de crins est passée d'avant en arrière en prenant le bord antérieur de la plaie, les bords de la greffe et le bord postérieur de la plaie. De cette manière le mandrin, presque complètement caché dans la profondeur de la plaie, sera bien maintenu en place.

On place une sonde dans la vessie. On applique sur la plaie des compresses stériles qui seront fixées par un pansement.

La plaie de la cuisse est suturée par des points séparés.

Le dixième jour, ablation des crins et du mandrin. A ce moment, la greffe a déjà subi une desquamation étendue qui dure encore plusieurs jours.

On fait des dilatations quotidiennes lorsque toute la greffe a pris.

Telle est la technique employée par le Professeur BURIAN.

Dans le premier cas rapporté le résultat fonctionnel était bon un an et demi après l'opération. Il en était de même un an après l'opération dans le deuxième cas.

Chez la troisième malade le résultat fut également satisfaisant. Le moment de l'examen n'est pas précisé.

III. - PROCEDE EMPLOYANT LES GREFFES DE PEAU SUBTOTALE (PROCEDE DU PROFESSEUR MOCQUOT)

Le Professeur MOCQUOT a pensé qu'il serait préférable de ne pas avoir à suturer la plaie de la cuisse, la perte de substance dans la technique employée par le Professeur BURIAN étant très vaste.

Pour obtenir cependant un revêtement plus épais que celui fourni par les greffes d'OLLIER-THIERSCH, il a prélevé un greffon de peau subtotale, au bistouri, en passant dans l'épaisseur de la peau. La plaie de la cuisse s'épidermise à partir des îlots restants.

Voici les détails de la technique du Professeur MOCQUOT :

1° La prothèse

Le Professeur MOCQUOT emploie un mandrin constitué par une éponge en caoutchouc taillée en forme de cylindre légèrement aplati d'avant en arrière. Ce cylindre doit avoir les dimensions suivantes : longueur, 15 centimètres; largeur, 5 centimètres; épaisseur, 4 centimètres.

Ce mandrin est recouvert d'une lame de papier d'étain.

On obtient ainsi une prothèse élastique, facile à mettre en place et à enlever. Les sécrétions sont, dans une certaine mesure, absorbées par l'éponge en caoutchouc. La lame de papier d'étain forme une surface lisse non adhérente et, de plus, évite le contact du greffon avec l'éponge imbibée par les sécrétions. Ainsi la macération du lambeau est évitée autant qu'il est possible.

2° Incision et décollement uréthro-vésico-rectal

Sous anesthésie générale, on fait une incision en T, dans la dépression vulvaire lorsqu'elle existe. La branche transversale passe un peu au-dessous de l'urètre. La branche verticale s'arrête à la commissure postérieure (figure n° 1).

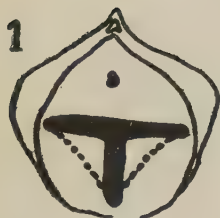
On dissèque les deux petits lambeaux et on résèque leurs pointes : on obtient ainsi un orifice cutanéomuqueux suffisamment vaste.

Le décollement uréthro-vésico-rectal est au début assez délicat et incertain; après deux ou trois centimètres on trouve un plan de clivage et le décollement est alors prolongé jusqu'au péritoine.

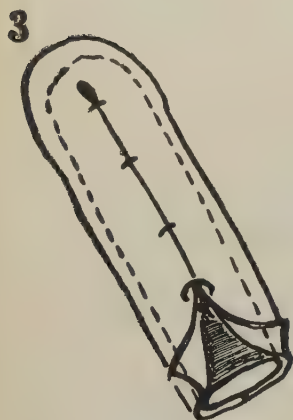
Nous n'avons pas eu besoin de nous guider en plaçant une sonde dans l'urètre et un doigt dans le rectum.

Dans les deux cas il a été facile de trouver un plan de clivage et le décollement s'est fait sans difficulté.

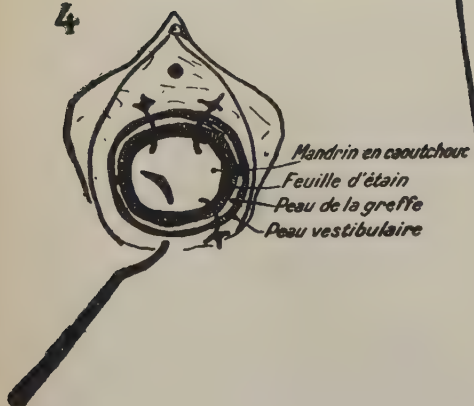
La cavité est tamponnée avec des compresses de gaze.



2



4



3° Prélèvement du lambeau

On prélève à la face antérieure de la cuisse gauche un lambeau quadrilatère de 28 centimètres de long sur 9 centimètres de large environ. Ce lambeau est prélevé au bistouri, la partie détachée tenue à la main avec une compresse imbibée de sérum (figure n° 2).

On prend soin de passer *dans l'épaisseur de la peau* laissant ainsi sur place les couches les plus profondes, grâce auxquelles pourra se faire l'épidermisation.

Le sang est enlevé par un courant de sérum tiède et la plaie d'emprunt recouverte de compresses à mesure que progresse la dissection. Cette dissection est longue et délicate, mais chez nos deux malades elle a pu être menée à bien.

On obtient de cette manière un greffon de peau subtotale.

4° Mise en place du lambeau

Le greffon est appliqué sur le mandrin face vive en dehors. Les bords sont rapprochés par des points séparés au catgut, noués du côté de l'épiderme, affrontant mieux ainsi les faces dermiques (figure n° 3).

Après ablation du tamponnement et hémostase (de préférence par torsion de manière à ne pas laisser de catguts, corps étrangers susceptibles de gêner la prise du greffon) le mandrin est enfoncé dans le décollement rendu béant par des valves. Les sutures des bords du lambeau répondent aux parties latérales de la cavité.

Le mandrin et le lambeau sont fixés au pourtour de la plaie par 3 ou 4 points séparés au crin de Florence, prenant successivement : la muqueuse vulvaire, la greffe et le mandrin (figure n° 4).

La plaie de la cuisse est pansée à plat avec des compresses vaselinées immobilisées par un emplâtre adhésif.

Sonde à demeure dans la vessie.

5° Soins post-opératoires

La prothèse est enlevée le huitième ou neuvième jour par morcellement, en coupant successivement de petits morceaux d'éponge aux ciseaux.

On évite ainsi de traumatiser la greffe. La sonde à demeure est enlevée vers le douzième jour.

Le mandrin enlevé est remplacé par un dilatateur vaginal à claire-voie revêtu d'une tente de taffetas chiffon. Ce pansement est changé chaque jour, la cavité lavée puis soigneusement séchée, jusqu'au moment où l'épidermisation est complète.

A ce moment on commence les dilatations : dilata-tions quotidiennes pendant une vingtaine de jours.

Le dilatateur employé est un gros cylindre de caoutchouc, de 3 cm. 5 de diamètre, conique à une extré-mité.

INDICATIONS OPERATOIRES

Il semble très important que le vagin créé entre en fonctions dès que la cicatrisation est complète. La comparaison de nos deux malades est à ce point de vue très démonstrative. La femme mariée a été revue sept mois après l'opération et les conditions locales sont parfaitement satisfaisantes.

L'autre malade, qui n'était pas mariée, a été revue sept mois également après cette opération. Il y avait une certaine tendance au fond du vagin à la rétraction cicatricielle. Elle est mariée depuis, mais nous n'avons pas pu jusqu'ici vérifier le résultat.

Il semble donc que l'opération ne devrait être pratiquée que sur des femmes mariées ou chez une jeune fille aussitôt avant le mariage, à la condition qu'elle ait pris les précautions nécessaires pour éviter ultérieurement des déceptions.

OBSERVATIONS

Nous donnons ici deux observations d'absence congénitale du vagin qui furent opérées par notre Maître le Professeur Mocquot, suivant la technique que nous avons décrite.

OBSERVATION 1

Mlle L... Rose, âgée de 26 ans, vient consulter à l'hôpital Broca, le 5 juin 1936, pour une aménorrhée absolue.

L'habitus extérieur est féminin; les seins sont normalement développés. La disposition pubienne est féminine.

A L'EXAMEN on constate l'absence de vagin.

L'orifice urétral est élargi avec deux replis urétraux.

Au toucher rectal on déprime la muqueuse jusqu'au contact des doigts abdominaux. Il n'y pas d'utérus perceptible.

La malade entre à l'hôpital le 7 octobre 1936. On l'opère le 23 octobre.

Anesthésie générale au Schleich.

OPÉRATION (opérateur M. le Pr. MOCQUOT.) :

1° *Incision et décollement inter-vésico-rectal.*

Il existe à la place de l'orifice normal du vagin une légère dépression recouverte de muqueuse. Celle-ci est incisée en T, la branche transversale passant un peu au-dessous de l'urètre, la branche verticale s'arrêtant en arrière à la commissure postérieure.

Les deux petits lambeaux sont disséqués et leur pointe réséquée.

On procède alors au décollement, qui au début et sur une profondeur de deux à trois centimètres est assez incertain : il n'y a pas de plan de clivage net. Au-dessus, au contraire, on pénètre dans un espace décollable où l'on chemine aisément, entre vessie et rectum, jusqu'au péritoine sur une profondeur de 12 centimètres environ.

Tamponnement.

2° *Prélèvement du lambeau.*

On trace sur la face antérieure de la cuisse gauche un lambeau quadrilatère long de 26 centimètres environ et large de 8 centimètres, et on procède à la dissection en s'efforçant de passer dans l'épaisseur de la peau. L'épaisseur du lambeau est un peu irrégulière. Par endroits le tissu cellulo-graisseux est à nu. En d'autres, il reste sur la plaie les couches profondes de la peau. Le sang est enlevé par un lavage intermittent au sérum.

La dissection a été très longue.

3° *Mise en place du lambeau.*

Le mandrin, constitué par une éponge en caoutchouc taillée aux dimensions convenables, est revêtu d'une lame de papier d'étain par-dessus laquelle on applique le lambeau. Les deux bords sont rapprochés de chaque côté par quelques points au catgut.

Le tamponnement est enlevé. Un ou deux vaisseaux qui saignent sont pincés et écrasés, et le greffon posé sur le mandrin est mis en place entre deux valves qui écartent la plaie.

Quelques points de suture fixent en bas au pourtour de la plaie le mandrin et le bord du lambeau qui arrive juste à la partie inférieure du décollement.

Sonde à demeure.

La plaie de la cuisse est pansée à plat. Il semble qu'il reste assez de la face profonde de la peau pour assurer l'épidermisation.

SUITES OPÉRATOIRES :

La prothèse est enlevée le huitième jour et remplacée par un dilatateur vaginal à claire-voie revêtu d'une tente de taffetas chiffon.

Le pansement est changé chaque jour jusqu'au vingtième jour.

A ce moment on commence les dilatations, dilatations quotidiennes jusqu'au départ de la malade, c'est-à-dire pendant 15 jours.

L'opérée a été revue en mai 1937. La plaie de la cuisse était parfaitement cicatrisée, avec une peau mince pigmentée mais souple.

La cavité vaginale était entièrement recouverte

d'épiderme. On y pouvait introduire un spéculum ordinaire, mais la profondeur de la cavité n'était pas très considérable, 8 à 9 centimètres et allait en se rétrécissant au fond.

La malade n'avait pas continué régulièrement les dilatations comme on le lui avait recommandé.

Elle s'est mariée depuis mais nous n'avons pu la revoir.

OBSERVATION 2

Mme B..., 18 ans, vient consulter le 10 mars 1937 pour aménorrhée absolue.

Elle n'a jamais eu ses règles.

Elle souffre parfois dans les fosses iliaques, autant à droite qu'à gauche. Ces douleurs sont sans aucun rapport avec la fatigue.

Elle présente un céphalée périodique, un à deux jours par mois.

Elle est porteuse d'un rétrécissement mitral congénital qui a causé un retard de croissance staturale et pondérale pendant longtemps.

Actuellement la malade se porte bien. Elle a un aspect extérieur féminin absolument normal, elle est de petite taille.

La vulve est normalement constituée mais il n'existe qu'une surface muqueuse légèrement déprimée entre l'urètre et la fourchette.

Au toucher rectal, on perçoit dans le pelvis, un peu

à droite de la ligne médiane, un petit nodule qui peut être un rudiment d'utérus.

La malade entre dans le service le 5 avril 1937.

Elle est opérée le 14 avril.

Anesthésie générale au Schleich.

OPÉRATION (opérateur M. le Pr. Mocquot.) :

1° *Décollement vésico-rectal.*

La malade étant en position gynécologique, on fait une incision en T sur la muqueuse, branche transversale sous-urétrale, branche verticale allant à la commissure postérieure.

Dissection des lambeaux, puis décollement. On traverse d'abord une zone de tissu assez dense et vasculaire, sur 2 centimètres de hauteur environ, avec précaution. Puis on arrive dans l'espace décollable et on remonte alors très facilement jusqu'au péritoine qu'on aperçoit au fond du décollement.

Tamponnement avec des compresses de gaze.

2° *Prélèvement du lambeau cutané*, sur la face antérieure de la cuisse gauche, ayant environ 28 centimètres de long et 9 centimètres de large.

On dissèque le lambeau de haut en bas, en s'appliquant à laisser les couches profondes de la peau; on y parvient difficilement en dedans où la peau est mince, mieux en dehors où la peau est épaisse.

3° *Mise en place du lambeau :*

Le lambeau prélevé est appliqué sur le mandrin en éponge de caoutchouc revêtu de feuilles de papier

d'étain, et maintenu par des points de catgut qui affrontent les bords.

Puis la malade étant remise en position gynécologique, ablation du tamponnement, ligature d'un vaisseau.

Mise en place du mandrin revêtu du lambeau, facile grâce à la malléabilité de l'éponge.

Le mandrin se loge entièrement dans le décollement. Il est fixé à la vulve par trois points de catgut.

Sonde à demeure.

Pansement de la plaie d'emprunt avec des compresses vaselinées.

SUITES OPÉRATOIRES :

La prothèse est enlevée le neuvième jour et remplacée par un dilateur vaginal à claire-voie revêtu d'une tente de taffetas chiffon.

Le pansement est changé chaque jour jusqu'au vingt-deuxième jour. A ce moment on commence les dilatations.

Les dilatations sont faites quotidiennement jusqu'au départ de la malade (trente-huitième jour).

La malade est revue le 1^{er} juin 1937, à l'occasion d'une petite ulcération au niveau de la plaie de la cuisse.

En l'interrogeant, on apprend qu'elle a eu à plusieurs reprises des rapports satisfaisants et ne s'accompagnant d'aucune sensation douloureuse.

Le vagin ne présente aucune érosion.

Sur notre demande elle revient le 9 novembre 1937.

La plaie de la cuisse est complètement cicatrisée, en bon état, de coloration brun-violacée. Elle est parfois un peu douloureuse à sa partie supérieure.

La malade a régulièrement (trois fois par semaine environ) des rapports parfaitement normaux et agréables.

Elle ne fait aucune dilatation instrumentale.

A l'examen : aspect extérieur tout à fait normal, le vagin admet deux doigts, il est long de 10 centimètres. L'introduction du spéculum est absolument indolore. La muqueuse est lisse, il n'y a pas de sécrétion, mais il persiste encore une légère desquamation dans le fond du vagin.

Le P. H. vaginal est de 6,2.

Test de Shiller : le revêtement vaginal reste blanchâtre, ne prenant pas le lugol.

On fait une biopsie de la muqueuse du fond du vagin.

Examen histologique : kératinisation pauvre, pas de glycogène.

CONCLUSIONS

I. — Les procédés de création d'un vagin par greffes cutanées libres peuvent être distinguées en :

1° Procédé des greffes d'Ollier-Tiersch multiples, montées sur un tuteur (FORGUE, 1898);

2° Procédé de greffe d'Ollier-Thiersch unique prélevée au rabot (KIRSCHNER-WAGNER, 1930);

3° Procédé de greffe de peau totale prélevée au bistouri (BURIAN, 1935).

II. — Nous apportons deux observations recueillies dans le service du Professeur Mocquot de greffe de peau subtotale, prélevée au bistouri, en laissant la couche la plus profonde de la peau, de manière à ne pas avoir à suturer la plaie de la cuisse qui s'épidermise en deux à trois semaines à partir des îlots restants.

III. — Nous n'avons pu revoir que l'une de ces malades sept mois après l'opération.

Le résultat est parfait tant au point de vue anatomique que fonctionnel et sans qu'il y ait eu besoin de maintenir artificiellement les dimensions de la cavité vaginale.

Vu :

**LE DOYEN,
TIFFENEAU.**

Vu :

**LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
MOCQUOT.**

Vu et permis d'imprimer :

**LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
ROUSSY.**

BIBLIOGRAPHIE

- AMUSSAT. — *Gaz. Méd.*, Paris, 1835, 2° s., III.
- ABBÉ. — *Médical record*, déc. 1898.
- ANAMM. — *Monatsschr. fur geb. und gynak.*, n° 33, 1911.
- ARÈNE. — *Thèse Montpellier*, 1901.
- ALBRECHT, BOLDT et RUGE. — *Zent. fur gynak.*, n° 15, 1919.
- ABALOS NATALE (Á.-M.). — Un nuevo caso de ausencia congenita de vagin creation artificial de la misma mediante el procedimicuto Abalos. *Rev. de cir.*, déc. 1928.
- ADAMS. — Report of case of congenital single Kidney, with associated absence of uterus and vagina. *New England. J. med.*, mai 1929.
- ANGELESCO et TOVARU. — Conduite à tenir en l'absence congénitale de vagin. *Gynécologie si obstétrica.*, t. VIII, janv. 1933.
- ALBEROFF. — Le vagin artificiel d'après Kirchner-Wagner. *Zent. fur gynak.*, n° 15, 15 avril 1933.
- ABRAM BVOTHERS. — The construction of a new vagina. *J. of obst.*, N. Y, 1906, T. II, p. 289 et 523.
- ANDERSON. — *East African M. J.*, t. 12, mars 1936.
- BOLL. — *Thèse Bâle* 1909.
- BAUMGARTNER. — Op. de Baldwin. *Société de chirurgie* 1922. 3 cas d'op. de Baldwin. *Ac. de chir.* 24 juin 1936, p. 1.000.
- BRIDE. — Absence de vagin avec double utérus. *Am. Journ. Obst. et Gynéc.*, nov. 1930.
- BRINDEAU. — Création d'un vagin artificiel à l'aide de membranes ovulaires d'un œuf à terme. *Gyn. et Obst.*, mai 1934.

- BEUTHEN. — Opérations de Schubert. Statistiques. In *J. chir.*, 1932, t. I, p. 305.
- BARROWS. — Op. de Kirschner-Wagner. *Am. J. Obst. et Gynéc.* janvier 1936.
- BAZALA. — Zehn Falle von Scheidenplastick bei fehlender vagina. *Zeitsch. f. geb. v. gyn.* Stuttgart, juil. 1931.
- BURIAN. — Autoplastie du vagin au moyen de Skin-inlay. *Soc. franç. de chirurgie réparatrice*, 1935. *Zent. fur. gynak.*, juin 1931.
- BONAFOS et BOURREL. — Néo-vagin par greffes de Thiersch. *Soc. Obst. Alger.* In *Bull. soc. obst.*, oct. 1936, p. 588.
- CARONS. — Un cas d'absence de vagin. *Bull. Soc. de Cir. de Rosario*, mai 1934.
- COELLO. — Formation d'un vagin artificiel. *Ann. de Soc. médico-quirurg. des Guayas*, août 1934.
- CASU. — Technique de formation de vagin artificiel. *Rassegnas d'Obst. et Gynéc.*, 30 avril 1935.
- CONSTANTINI et FERRARI. — *Académie de chirurgie*, 28 octobre 1936.
- DUMITRESCU. — *Thèse* Paris, 1896.
- DAVIS-CRON. — Congenital absence of vagina, report of 2 cases treated by vaginal plastic op. *Am. J. obst. and gynéc.*, février 1928.
- DEUTSCHMANN. — Complete congenital absence of vagina associate with bilateral hemias of uterus tubes and avanes. New-York, *M. J.*, nov. 1923.
- DREYFUS (de Salonique). — *Société de Chirurgie*, mars et avril, n° 11 et 13, 1912.
- DADERLEIN. — Modification du lambeau cutané du vagin artificiel par la méthode de Kirchner-Wagner. *Zent. fur. gynak.*, 13 février 1932.
- DOUGLASS. — Reconstruction of the vagina. Employment of the flap transplantation method in one stage with a favorable anatomic result. *Surg. gyn. obst.* 1934, t. 58, p. 982.

- EISING. — Absence of vagina. Unilateral developpment of internal genital organs, hématometva. *J. Am. M. A.*, janvier 1931.
- ESAT. — Vagin artificiel. *Bull. de la soc. de méd. Turquie*, n° 1, janvier 1935.
- FOURNIER. — *Picardie Méd.* IV, 1907.
- FRANKENSTEIN. — *Deutsch. med. Worch.*, 1908.
- FOUCAULT. — *Thèse* Bordeaux, 1913.
- FLOEL. — *Zent. fur. gynak*, n° 24, 1912.
- FELHING. — *Zent. fur. gynak*, n° 33, 1915.
- FERGUSON. — Complete absence of the vagina, an operation for the formation of a plastic vagina. *Southern surg. and gyn.*, 1910, t. XXIII, p. 147.
- FENEIRA. — Congenital absence of uterus and vagina. Report of case. *J. A. M. A.*, 2 juin 1923.
- FATHERGILL. — Case of absence of vagina. *J. obst. and gynec. Brit. Emp.*, 32, 1925.
- FRANK et GEITS. — Formation d'un vagin artificiel par une nouvelle technique plastique. *Am. journ. of obst. and gynec.*, n° 6, déc. 1927. In *J. de ch.* 1928, t. I, p. 628.
- FALTIN. — Deux cas de formation artificielle d'un vagin. *Medicina femina*. Vol. VI, 1930.
- FRAENKEL. — Vagin artificiel de Kirchner-Wagner. *Zent. fur gynak.*, 21 mai 1932.
- FAVREAU. — Imperforation de l'hymen et absence totale de vagin. *J. d'obst. et gynec. pratiques*, janv. 1934. *La gynécologie*, janvier 1934.
- FORGUE. — Anse grêle ou segment du rectum ou simplement greffes de Thiersch dans la colpoplastie pour absence congénitale du vagin. *Paris Médical*, déc. 1934, n° 50.
- FRIELD-MEYER. — Formation artificielle d'un vagin par la méthode de Kirchner et Wagner. *Deutch. Zeitsch. f. Chir.*, 4 janvier 1935.
- FLYNN et DUCKETT. — Op. plastiques pour la formation d'un néo-vagin. *Surg. gynec. et obst.*, avril 1936.

- GERNUSY. — *Zent. fur. Gynak.* n° 5, 1897; n° 1, 1905.
- GRÉGOIRE. — *Archives générales de chirurgie*, n° 12, 1913.
- GELLER. — La création d'un vagin par la méthode de Kirschner Wagner. *Zent. fur. gynak.*, n° 10, mars 1934.
- GUARIN. — Notes on 2 interesting gynecological cases. *J. A. M. A. S. Africa*, 26 nov. 1927.
- GOUGH. — Atrésie vaginale. *The Brit. méd. Jour.*, 1^{er} octobre 1927.
- GRAF. — Formation d'un vagin dans l'absence congénitale. *Deutch Zeitsch. f. chir.*, 4 mai 1931.
- GRAD. — Technique de la création d'un vagin artificiel. *Surg. gynéc. and. o bst.* n° 2, fév. 1932, et in *Hartman gynéc. et obst.*, mai 1932.
- GAMBAROW. — Un procédé simple de création de vagin artificiel. *Zent. fur. gynak.* n° 43, 28 oct. 1933.
- GLATZEL et ZUBUYCKI. — Quelques considérations sur la création de vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Polska gaz. Lekarska*, 30 juillet 1933. In *J. de chir.* 1934, p. 620, t. I.
- HERNÉ. — *Thèse* Paris, 1914.
- HOEBERLIN. — *Zent. fur gynak.*, 2 mars 1907.
- HAIM. — *Zent. fur gynak.*, 25 oct. 1924.
- HARTLEY. — Congenital megacolon with absence of vagina. *The British medical journal*, 7 mars 1923.
- HADDEN. — Congenital absence of vagina and uterin. *Surg. j. obst. and gynec.*, avril 1921.
- HUFF. — Congenital absence of vagina report of cases treated by grave plastic operation. *South. Med. and Surg.*, août 1930.
- HOHLER. — Création d'un vagin artificiel pour aplasie vaginale. *Wiener Klini. Wochansch.*, 15 déc. 1927. In *J. de chir.*, t. I, 1928, p. 629. *Zent für gynak.*, n° 20 et 26, 1933.
- HELLER. — Vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für. gynak.*, n° 41, 8 août 1932.

- HAMART et BADART. — Les indications chirurgicales dans les aplasies de l'appareil génital. *Rev. de chir.*, mars 1933.
- HARTMANN. — Vagin artificiel. Procédé à lambeaux de Frank. *Gyn. Obst.*, mai 1932, t. 25, p. 401.
- HUTIN. — *Thèse* Paris 1936.
- JUNQUIERA. — Vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *O. Hospital*, déc. 1934.
- ISRAEL. — Absence de vagin et création d'un vagin artificiel. *Am. J. obst. gynec.*, 6 août 1935.
- KIRSCHNER et WAGNER. — Un nouveau procédé pour créer un vagin artificiel. *Deutsch. Zeitsch für Chir.* juillet 1930, in *J. de chir.* 1931, t. I, p. 314. *Zent. für gynak* n° 43, oct. 1930, in *J. de chir.* 1931, t. I, p. 463.
- KAYSER. — Vagin artificiel de Kirschner et Wagner. *Zent. für. gynak*, n° 27, 2 juillet 1932.
- KRAUL. — Deux cas de vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für. gynak*, n° 40, 6 octobre 1934.
- KLEITSMAN. — Création d'un vagin artificiel par vernix caseosa. *Gynec. et obst.*, 5 mai 1935.
- KREIS. — Nouvelle opération plastique dans l'absence congénitale de vagin. *Rev. franç. de gyn. et obst.*, t. 29, août 1934.
- KANTER. — Absence congénitale de vagin. Rapport sur un cas d'opération simplifiée. *Am. J. Surg.*, t. 30, nov. 1935.
- LENORMANT. — *Presse médicale*, p. 822, 1911.
- LINDAVIST. — Complète absence of uterus and vagina (case). *Acta obst. et gynec. Scand.*, 1927.
- LICHTNAUER. — Vagin artificiel à l'aide d'un tube cutané. *Deutsch. Zeitsch. f. Chir.*, 4 mai 1931.
- LAFFONT et BONAFOS. — Vagin artificiel par autoplasties cutanées. *Soc. d'obst. et gynec.* Paris, 5 nov. 1934.

- LANDOIS. — Les opérations plastiques dans l'absence congénitale du vagin. *Arch. für. klin. chir.*, t. CLXX, fasc. I, juin 1932. *J. de chir.* juillet 1933, p. 149.
- MOCQUOT. — Op. de Baldwin. 1 cas. *Soc. de chir.*, 31 octobre 1923.
- MARKOFF. — Formation artificielle du vagin avec la vessie. *Gynéc. et Obst.*, t. XIX, n° 3, mars 1929.
- MILANDER. — La création d'un vagin artificiel. *Zent. für. gynak.*, n° 37, 12 septembre 1931, in *J. de chir.* 1932, t. I, p. 902.
- MULLER. — Un nouveau procédé de vagin artificiel. *Zent. für. gynak.* n° 4, 24 janvier 1931.
- Transplantations épidermiques. Résultats. *Deu. chir.* Fasc. 13, 1^{er} juillet 1932.
- MOSZKOWIEZ. — Pathogénie de l'absence du vagin. *Arch. für. gynak.* Vol. CLI, fasc. 1-2, 1932..
- MACZEWSKI. — Le vagin artificiel de Kirschner-Wagner. *Polska gaz. Lekarska*, n° 43, 22 oct. 1933.
- MATVEIEV. — Création d'un vagin artificiel par la méthode de la greffe de lambeaux cutanés modifiée. *Rev. franç. de gynéc. et obst.*, fév. 1935. *Zent. für. gynak.* n° 58, 17 nov. 1934.
- MONOD (R.) et ISELIN. — Néo-vagin par greffes de Thiersch montées sur tuteur rigide. *Ac. de chir.*, 24 juin 1936, p. 997.
- NIELSEN. — L'opération de Kirschner-Wagner dans l'absence congénitale de vagin. *Acta obst. et gynéc. Scand.*, t. 14, p. 314, 1934.
- Formation d'un vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Acta obst. et gynéc. Scand.*, t. 16, 1936.
- OVOSCA, VALERA, OCHOA. — Case of complete absence of vagina. *J. Philippine Islande*, déc. 1930.

- OLIVA et LAPEZ. — Atrésies congénitales du vagin. *La medicina Ibero*. Vol. II, n° 87, 1934.
- POZZI. — *Société de chirurgie*, fév. 1909, mai 1911.
- PASCALIS. — Autoplastie périnéale. *La gynécologie*, août 1926.
- PEREZ OLIVARES. — Malformations vaginales. *Bol. au. clin. gynéc.*, 1932.
- PETRIGNAGNANI et SICARD. — Absence congénitale totale du vagin et du col de l'utérus. *Soc. Am. de Paris*, 4 juillet 1929.
- PALAZZO. — Vagin artificiel par autoplastie pour aplasie utéro-vaginale. *Bol. de la Soc. d'obst. y gynéc. de Buenos-Aires*, t. 13, n° 15, 31 déc. 1934.
- POULAIN. — Absence congénitale de vagin et d'utérus. *La Gazette Médicale de Picardie*, n° 133, janv. 1935.
- QUÉNU et SCHWARTZ. — *Revue de Chirurgie* 1913.
- RONKA. — Utérus rudimentaire et double avec absence de vagin. *New-England J. méd.*, 24 nov. 1932.
- ROTHER. — Le vagin artificiel. *Zent. für. gynak.* n° 23, 10 juin 1933.
- RADRIGO. — Absence utéro-vaginale complète. *El Siglio Medico*, 27 mai 1933.
- ROUHIER. — *Académie de Chirurgie*, 24 juin 1936, p. 1.001.
- SNEGUIREFF. — *Archives de chirurgie et de gynécologie*, Paris 1892.
- SCHUBERT. — Création d'un vagin à l'aide du rectum. *Zent. für. gynak.*, juillet 1911, juillet 1912, juillet 1921, juillet 1923, janvier 1927, juin 1934.
- *Medizinische Klinik*, 2 sept. 1927.
- STIGLBAUER. — Absence de vagin. *Wiener Klinische Wochenschrift*, 9 août 1928.
- STÖCKEL. — Trois cas de vagin artificiel d'après la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für. gynak.*, n° 46, 14 nov. 1931.

- Résultats. *Zent. für. gynak.*, n° 28, 13 juillet 1935.
- TUFFIER. — *Société de chirurgie*, mars 1912.
- VIOLET. — Un cas d'atrésie vaginale congénitale. *Ann. de gynéc.* Paris 1904, 2^e série, t. I, p. 742.
- Absence congénitale de vagin. Traitement par la méthode italienne des greffes cutanées par lambeaux cruraux de chaque côté chez une femme de 21 ans. *Lyon Méd.* 13 sept. 1936.
- VARNECKE. — Constitution d'un vagin artificiel d'après Kirschner-Wagner. *Zent. für. gynak.*, n° 7, 13 février 1932.
- VOGT. — Formation d'un vagin artificiel par la méthode de Kirschner-Wagner. *Zent. für. gynak.*, n° 20, 16 mai 1931.
- WAGNER. — *Zent. für. gynak.*, n° 26, 1923, et 21 mai 1927.
- WELLS. — Plastie pour absence congénitale de vagin. *The Am. jour. of Surg.*, vol. 30, n° 2, août 1935.
- WESTMAN. — Traitement chirurgical de l'absence congénitale de vagin. *Nord méd. Tidskr.*, 15 déc. 1934.
- De l'emploi de l'opération de Kirschner-Wagner modifiée dans l'absence congénitale de vagin et l'atrophie du col. 1 cas. *Zent. für. gynak.*, 1^{er} décembre 1934.
- WARGASSOW. — Derniers résultats de l'opération chirurgicale dans l'absence congénitale de vagin. *Zent. für. gynak.*, t. 60, 31 oct. 1936.
- WALTERS et QUALLS. — Sur un cas d'absence complète du vagin et de l'utérus. *Wisconsin M. J.*, t. 35, novembre 1936.
- ZUBRYZCKI. — Reconstitution d'un vagin artificiel chez une femme à utérus normal. *Polska gaz. Lekarska*, 9 févr. 1930. In *J. de chir.*, 1930, n° 2, p. 134.
- ZIRALSKI. — Néo-vagin par la méthode de Kirschner. *Ginek. polska*, 1936, t. 15, p. 41.

